FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1959

N°

THESE 911

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

FOURY, ANDREE, MARIE ODILE

Née le 1er Octobre 1929 à TROYES (Aube)

Présentée et soutenue publiquement le

LA RETRODEVIATION UTERINE DOULOUREUSE CHEZ LA FEMME JEUNE EN PERIODE D'ACTIVITE GENITALE

PRONOSTIC et THERAPEUTIQUE

LA DOUGLASSECTOMIE

PRESIDENT : Monsieur le Professeur R. MERGER

ROGER VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1959 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

FOURY, ANDREE, MARIE ODILE

Née le 1er Octobre 1929 à TROYES (Aube)

Présentée et soutenue publiquement le

LA RETRODEVIATION UTERINE DOULOUREUSE

CHEZ LA FEMME JEUNE

EN PERIODE D'ACTIVITE GENITALE

PRONOSTIC et THERAPEUTIQUE

LA DOUGLASSECTOMIE

PRESIDENT : Monsieur le Professeur R. MERGER

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

ROGER VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

15-1-59 PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCQ (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.) CHABROL (E.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MULON (P.), OLIVIER(E), RICHET (C.), STROHL (A.), TANON (L.), VELTER (E.).

DOYEN — Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR — Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

Anatomie		MM. CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)		DELMAS (A.)
Anatomie pathologique		DELARUE (J.)
Anesthésiologie		BAUMANN (J.)
Bactériologie		FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale		JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports		CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie Médicale		FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale		BERNARD (J.)
Clinique Carcinologique (Inst. G.ROUSSY)		REDON (H.)
Clinique Cardiologique (BROUSSAIS)		MOUQUIN (M.)
Cliniques Chirurgicales	BEAUJON	SICARD (A.)
	COCHIN	QUENU (J.)
	Saint-ANTOINE	GOSSET (J.)
	Hôtel-Dieu	MENEGAUX (G.)
	SALPETRIERE	MOULONGUET (P.)
Clinique de Chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (COCHIN)		MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire (BROUSSAIS)		GAUDART d'ALLAINES (F.de)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire (LAENNEC)		MATHEY (J.)
Clinique Endocrinologique (PITIE)		DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants Malades)		LAMY (M.)

Clinique générale médicale (Maternité Médicale) LAMY (M.)

Clinique Endocrinologique (PITIE) DECOURT (J.)

Clinique gynécologique (BROCA)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-LOUIS)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude BERNARD)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-ANNE)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (NECKER)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (BROUSSAIS)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (SALPETRIERE)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales BROUSSAIS	GENNES (L.de)
Cliniques médicales COCHIN	JUSTIN-BESANCON (L.)
Cliniques médicales HOTEL-DIEU	BARIETY (M.)
Cliniques médicales LARIBOISIERE	SOULIE (P.)
Cliniques médicales PITIE	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales SAINT-ANTOINE	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologique (BICHAT)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (HOTEL DIEU)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (PITIE)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de neuro-chirurgie BAUDELOCQUE	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales PORT ROYAL	N ...
Cliniques obstétricales TARNIER	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (HOTEL DIEU)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (LARIBOISIERE)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (LAENNEC)	BERNARD (E.)
Clinique de psychiatrie infantile (SALPETRIERE)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (St-VINCENT-de-PAUL)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (COCHIN)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (PITIE)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (VAUGIRARD)	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-ANTOINE)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (COCHIN)	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (Chaire à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	N ...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	DEPARIS (M.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545908_0043

Hygiène et clinique de la première enfance (TROUSSEAU)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N ...
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES et MAITRES de CONFERENCES - AGREGES

Anatomie	MM. CABROL (C.)
	COUINAUD (C.)
	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	Melle P. GAUTHIER-VILLARS (Pr.s.ch.)
	BUSSER (F.)
	GOUYGOU (Ch.)
	ORCEL (L.)
	PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H
Bactériologie	NEVOT (A.)
	pr. s. ch.
	BARBIER (P.)
	CHRISTOL (D.)
	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	Pr. s. ch.
	POLONOVSKI (J.)
	M. Conf.
	SCHAPIRA (G.)
	M. Conf.
Biologie médicale	BOURLIERE
	M. Conf.

Carcinologie	DENOIX (P.)
	LATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS(H.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
	DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.)Pr.s.ch.
	MAROIS (M.)
	RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.)Pr.s.ch.
	CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)Pr.s.ch.
	HADENGUE (A.)
	FOURNIER (E.)
	GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY(C.)
Neuro-Chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.)
	HERVET (E.)
	LE LORIER (G.)
	MORIN (P.)
	MUSSET (R.)
	ROBEY (M.)
	THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BREGEAT (P.)
	SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.)
	RAMADIER (J.)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	[illegible] (L.C.)
	Pr. s. ch.
	CHIBAUD (A.)
	BARCAT (J.)
Pathologie chirurgicale	BINET (J.P.)
	CAUCHOIX (J.)
	CHATELIN (C.L.)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLANDEAU (F.)
	GERMAIN (A.)
	LAURENCE (G.)
	Agr. per.

Pathologie chirurgicale	LORTAT-JACOB
	LOYGUE
	MERCADIER
	PERROTIN
	ROBERT (H.)
	THOMERET
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.)
	HARTMANN (L.)
	LOEPER (J.)
	MAURICE (J.)
	PLAS (F.)
	RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.)
	BOUR (H.)
	BOUVIER (J.)
	BÖUVRAIN (Y.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CASTAIGNE (P.) M.conf.
	CATINAT (J.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	FREZAL (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAROCHE (Cl.)
	MACREZ (C.)
	NICK (J.)
	PEQUIGNOT (H.)M.conf.
	ROYER (P.)
	WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.)
	MANDE (R.)
	MAZZICONACCI (P.)
	PLONOVSKI (C.)
	ROSSIER (A.)
Pharmacologie	LEVY (Melle J.)
	Pr. s. ch.
	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
Physiologie	PARROT (J.)
	Pr. s. ch.
	DEJOURS (P.)

iqu médicale	GOUGEROT (L.)
	M. Conf.
nc phtisiologie	KREIS (B.)
hiatrie	PICHOT (P.)
hiatrie infantile	DUCHE (D.)
matologie	DELBARRE (F.)
matologie	CERNEA (P.)
	CHAPUT (Mme) m.c.agr.
	GRELLET (M.)
rapeutique	CHASSAGNE (P.)
	LAMOTTE (M.)
logie	QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Clinique Chirurgicale	ABOULKER (P.)	Clinique neuro-rhumatologique	SEZE (S.de)
	AMELINE (A.)		GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)	Clinique obstétr.	LEPAGE (F.)
	LEGER (L.)		MAYER (M.)
	OLIVIER (C.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalm.	DESVIGNES (P.)
	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
	VERNE (J.M.)	Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
Clinique médicale	HAGUENEAU (J.) Pr. s. ch.	Clinique pédiatrie et puériculture	LAPLANE (R.)
	BOUDIN (G.)		
	CONTE (M.)	Clinique psychiat.	BARUK (H.)
	DOMART (A.)		
	MILLIEZ (P.)	Clinique urologique	KUSS (R.)
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURTAF (J.)		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

ctériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.	Path. Chir.	RUDLER (J.)
ochimie médicale	ETTORI (J.) Pr.à t.pers.		Pr.s.ch.

ecrétaire Général de la Faculté : M.LENA (J.)

ecrétaires : Mme BEURLAND (H.), Melle CHAINTREUIL (G.) Melle HURE (A.)

onservateur chargé de la direction de la Bibliothèque : M. le Docteur HAHN(A)

onservateurs : Melles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.M.)

ibliothécaires : Mme CONTET (J.), Melles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX(E.)

ar délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mes deux GRANDS-MERES

A la mémoire de mon PERE, Georges F O U R Y

A ma MERE

Je lui dois tout. Sa bonté et son courage ont triomphé de toutes les difficultés qui ont pu surgir au cours de mes études.

Qu'elle trouve ici l'expression de ma gratitude et de ma reconnaissance profonde.

A mon MARI

Il sait être, à mes côtés, un appui sûr. Je lui ai donné toute ma confiance.

A Monsieur le Docteur Charles G A R N I E R

A mes BEAUX-PARENTS

A toute ma FAMILLE

A tous mes AMIS

A Monsieur le Professeur Robert M E R G E R

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Gynécologue-accoucheur de l'Hôpital Foch

Qui a bien voulu accepter
la présidence de cette thèse.

En témoignage de profond
respect.

A mon MAITRE

Monsieur le Docteur Bernard J A M A I N

Gynécologue-accoucheur de l'Hôpital Tenon

Il m'a inspiré cette thèse. Je le remercie pour l'aide qu'il m'a apportée et pour l'enseignement qu'il m'a prodigué pendant trois ans à la Maternité de l'Hôpital Tenon.

A Monsieur le Docteur Albert L E T E S S I E R

Gynécologue-accoucheur assistant des Hôpitaux de Paris

Je le remercie pour tous les conseils qu'il m'a donnés et qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

A mes MAITRES en Gynécologie

EXTERNAT :

Monsieur le Docteur N E T T E R
Lariboisière 1954-1955

Monsieur le Professeur M. M A Y E R
Maternité Saint-Antoine 1955-1956

Monsieur le Professeur J. V A R A N G O T
Maternité de Port-Royal 1956

Monsieur le Docteur B. J A M A I N
Maternité de Tenon 1956-1959.

A mes MAITRES dans les Hôpitaux de Paris

EXTERNAT :

Monsieur le Professeur P. B R O C Q
Hôtel-Dieu 1953-1954

Monsieur le Docteur M. K A P L A N
Hôpital Hérold 1954.

STAGES :

Monsieur le Professeur M E N E G A U X
Laribosière

Monsieur le Professeur L I A N
La Pitié

Monsieur le Docteur L I E V R E
Tenon

Monsieur le Docteur M I A L A R E T
Saint-Louis

Monsieur le Professeur M O U L O N G U E T
Tenon

Monsieur le Docteur B R O C A R D
Tenon

Monsieur le Docteur Clément L A U N A Y
Hérold

Monsieur le Professeur A L A J O U A N I N E
Salpétrière

Monsieur le Professeur M O L L A R E T
Claude-Bernard.

I N T R O D U C T I O N

1.- LES RETRODEVIATIONS UTERINES (RD)

Les RETRO-DEVIATIONS UTERINES (R.D.) sont extrêmement fréquentes, parfois isolées, souvent associées à d'autres lésions gynécologiques. La symptomatologie est loin d'être identique dans tous les cas et nombreuses sont les femmes où seul l'examen systématique permet de constater la R.D. ; celles-ci ne posent aucun problème puisque leur anomalie est sans traduction clinique. Par contre, les plus fréquentes consultent pour des troubles divers que nous envisagerons par la suite.

Chez ces femmes même, il faudra agir avec circonspection, attribuer à la R.D. le ou les troubles qui lui reviennent et nuancer l'attitude thérapeutique. En effet, il serait désastreux de poser comme une équation simpliste que :

"R.D. égale hystéropexie " (ROBERT).

2.- Il semble bon en un très bref rappel

- de résumer . la position de l'utérus normal
  . et le mécanisme de la R.D.

Dans la plupart des cas, l'utérus est à la fois antéversé et antéfléchi, l'axe du corps utérin est donc dirigé en bas et en arrière, celui du col en haut et en arrière ; les deux axes faisant entre eux un angle ouvert en avant et en bas de 100° environ.

Cette position habituelle est conditionnée par deux formations :

- les ligaments ronds, tendus des cornes utérines aux orifices inguinaux profonds ;
- les ligaments utéro-sacrés, dirigés d'arrière en avant attirent le col et l'isthme en arrière.

Ainsi, l'utérus est-il habituellement :

. tiré en avant par ses cornes,

. tiré en arrière par son col.

Le rôle des replis péritonéaux est important ; le cul-de-sac de Douglas chez la femme normale est virtuel, il ne peut contenir le corps utérin, son anomalie est donc constante dans la R.D. utérine.

Ces trois éléments vont être modifiés peu à peu :

1.- LES LIGAMENTS RONDS :

Elastiques, se tendent de plus en plus, le corps utérin prolonge l'isthme, puis le col, c'est sa position intermédiaire, rarement stable ; à un degré de plus, le corps finit de basculer en arrière, son fond appuie sur le rectum, l'angle corps-col est ouvert maintenant en bas et en arrière, il s'agit d'une RETROFLEXION.

2.- LES LIGAMENTS UTERO-SACRES :

A leur tour, ils se distendent, empêchent le teintien du col dans sa position normale, celui-ci bascule à son tour de bas en haut et vient se placer derrière la symphyse. La matrice entière est rétro-versée.

3.- LE DOUGLAS :

Au cours de sa migration en arrière, le corps utérin a entraîné le Douglas. Ce cul-de-sac est, dans ces conditions, très anormal : immense, très large et profond. Il peut même se prolonger par un récessus antérieur entre les insertions des ligaments utéro-sacrés ; c'est la hernie du Douglas ou ELYTROCELE.

4.- LE FEUILLET POSTERIEUR du LIGAMENT LARGE

ou lame hypogastrique
ou ligament de MACKENRODT

Est parfois déchiré à la suite des accouchements et ses lésions anatomiques correspondent cliniquement au syndrome décrit en 1955 par ALLEN et MASTERS.

5.- Enfin, LA POSITION TRES ANORMALE DE L'UTERUS :

Va entraîner d'autres perturbations :

. chute des annexes,

= soit les trompes, rarement saines,

= soit les ovaires, ils sont alors presque toujours augmentés de volume ou microkystiques.

. varices et dilatations veineuses des pédicules ovariens supérieurs.

Au total, par son simple poids, et sans que des adhérences péritonéales soient toujours associées, l'utérus se trouve dans une position qui ne peut être rétablie que par un geste chirurgical. Mais cette anomalie de position utérine n'est, le plus souvent, qu'un élément parmi les modifications anatomiques et l'intervention éventuelle devra tenir grand compte des lésions associées.

3.- Enfin nous étudierons donc au cours de ce travail

1.- LES TROUBLES CAUSES par la RETRO-DEVIATION UTERINE :
troubles gynécologiques et obstétricaux.

2.- LES MOYENS CLASSIQUES D'Y REMEDIER :
traitements médicaux et chirurgicaux,
leurs insuffisances et leurs échecs.

3.- UNE TECHNIQUE PARTICULIERE :
qui a rendu service à de nombreuses femmes, leur permettant ultérieurement de mener d'autres maternités à leur terme.

4.- En fin, pour répondre à un certain nombre de critiques, plus théoriques que réelles dans notre expérience, nous avons utilisé la DOUGLASSECTOMIE pour résoudre les divers problèmes de statique pelvienne. Nous en exposerons la technique et les premiers résultats.

En raison des nombreuses corrections anatomiques permises par cette intervention, il nous a paru intéressant de poursuivre nos efforts.

LES TROUBLES CAUSES PAR LA RETRODEVIATION UTERINE

Le problème que nous envisageons est limité : c'est celui que posent les femmes aux environs de la trentaine, ayant presque toujours eu une ou plusieurs grossesses.

Elles viennent consulter pour des douleurs pelviennes, lombaires, abdominales basses, provoquées par l'effort, la station debout, les rapports. Elles se plaignent de dysménorrhée, d'amaigrissement, de troubles du caractère, de fausses-couches à répétition.

Il ne s'agit donc pas de prolapsus périnéal et seuls les troubles persistants sont pris en considération.

LES TROUBLES GYNECOLOGIQUES SONT AU PREMIER PLAN

1.- LES DOULEURS

- Douleurs du bas-ventre et des lombes :

Habituellement modérées, plutôt gêne, pesanteur que douleur véritable. Ces malades souffrent plus volontiers à la station debout prolongée, à la marche, aux secousses (voyage en voiture). Il n'est rien de plus fréquent en gynécologie que ces "maux de reins" qui n'ont rien à voir avec le rein, ni comme siège, ni comme origine.

- Parfois, douleurs plus atypiques :

Hypogastriques avec localisations aberrantes: dans les fosses iliaques pouvant, si c'est à droite, égarer le diagnostic vers une appendicite ou encore irradiations vers la cuisse, le genou, évoquant alors une névralgie obturatrice.

- La dyspareunie :

Fréquente, souvent mal supportée par les malades, lourdes de conséquences conjugales....

De toute façon, l'élément essentiel en matière de douleur à distance de la zône génitale est le suivant :

. il faut, pour rattacher une douleur quelconque à la rétroversion, que l'examen clinique réveille cette douleur à partir de la zône génitale, que l'on puisse nettement établir chez la malade une corrélation immédiate et nette entre la douleur qu'elle éprouve spontanément et celle que l'on provoque en mobilisant l'utérus ou les ovaires.

2.- LES TROUBLES DE LA MENSTRUATION

Ils sont fréquemment retrouvés :

- dysménorrhée
- irrégularité du cycle
- abondance plus ou moins modifiée.

3.- ENTRE LES REGLES, LES ECOULEMENTS MUCO-PURULENTS

ou simplement séreux ne sont pas rares, sans être en rapport ni avec une vaginite, ni avec une exocervicite.

PARALLELEMENT à ces troubles subjectifs, la SOUFFRANCE de l'APPAREIL GENITAL s'extérioriso encore par des TROUBLES HORMONAUX :

De nombreux auteurs se sont penchés sur le problème, en particulier MACENDIE, LANVIN et TREVOUX. TOUSSAINT, en Janvier 1949, etudie, dans sa thèse, le relation entre la valeur hormonale de l'ovaire et la R.D. utérine. Il ressort de ces différents ouvrages que, quelle que soit la variété anatomique de la R.D. (mobile, fixée, ou compliquée d'un prolapsus ovarien), les examens cyto-hormonaux ont presque toujours objectivé un trouble endocrinien.

LANVIN publie une statistique portant sur 23 cas de R.D. (revue du Praticien 21-7 1952 - 2 - n° 21).

a.- LES FROTTIS VAGINAUX :

Donnant des résultats uniformes. Pour la plupart, ils sont de type hyperfolliculinique, hyperfolliculinie en plateau ou à recrudescence pré-menstruelle. Dans 2 des observations, on note une fois au 16ème jour, une autre au 15ème jour de cycles de 28 jours, une chute transitoire de l'index acidophile et caryopicnotique. Cet aspect rappelle ce que certains auteurs ont décrit sous le nom de "ovulation sidérée";

b.- LA BIOPSIE d'ENDOMETRE :

Donne des résultats plus nuancés.

Le trouble le plus fréquemment rencontré est un intense oedème du chorion dépassant les limites physiologiques, avec souvent des infiltrations hémorragiques étendues.

Les 23 cas se répartissent ainsi :

- 14 cas d'hypolutéinie, caractérisée par un retard de maturation avec ovulation tardive, retard global, portant sur l'ensemble de la coupe, ou retard dissocié, portant soit sur les tubes, soit sur le chorion comme si le seuil d'action lutéinique était différent pour le chorion et pour les tubes.

- 2 cas d'alutéine, tous deux caractérisés cliniquement par des ménométrorragies.

- 4 cas d'hyperfolliculinie, caractérisée par une hyperplasie de l'endomètre, microkystique ou polypoïde (vérifiée par hystérographie).

- 3 cas où l'endomètre est normal, mis à part l'intense oedème du chorion.

LA CAUSE de ces DYSENDOCRINIES EST COMPLEXE :

- Au niveau de l'OVAIRE :

Les troubles vasculaires et nerveux semblent bien avoir un rôle prépondérant, par traction sur les pédicules nerveux et par compression des veines ; ces troubles étant au maximum dans les R.D. enclavées où les adhérences du Douglas contribuent encore à troubler innervation et vascularisation.

On peut aussi invoquer un réflexe neuro-endocrinien dont le point de départ est le système nerveux pelvien entraînant une stimulation hypophysaire, d'où une hypersécrétion de F.S.H.

- Au niveau de l'UTERUS :

Les phénomènes congestifs dont il est le siège entraînent une métrose de réceptivité par l'intermédiaire du système nerveux autonome. Celle-ci expliquerait un peu la discordance entre les différents tests et aussi pourquoi la R.D. isolée s'accompagne des mêmes troubles hormonaux que les R.D. compliquées.

On comprend aussi maintenant la stérilité et les avortements à répétition si fréquemment rencontrés dans les R.D.

Il est d'ailleurs facile, à l'intervention, de constater le fait suivant : avant réduction, l'utérus est congestif, violacé, augmenté de volume. Les trompes participent aussi aux phénomènes de congestion. Les ovaires sont plus gros que normalement avec de petits kystes. Si on ramène avec la main l'utérus en avant, il rosit rapidement ainsi que les trompes (les ovaires restent inchangés momentanément).

C'est dire l'intérêt de traiter, avant le stade irréversible d'ovarite scléro-kystique.

LES AUTRES MANIFESTATIONS DE LA RETRODEVIATION ONT AUSSI LEUR IMPORTANCE

1.- LES TROUBLES URINAIRES

Plus rares, consistent en pollakiurie, cystalgie, rarement en petites hématuries congestives.

Et, cependant, la simple correction de la rétroversion corrige, dans bien des cas, une pollakiurie gênante.

2.- LES TROUBLES RECTAUX

Ils sont à type de pesanteur, de plénitude rectale, d'épreintes de constipation. Sans être constants, ces troubles sont souvent améliorés nettement par l'intervention.

3.- LES TROUBLES DIGESTIFS

Extrêmement variables, sans doute d'origine réflexe, ils consistent en manifestations gastriques, intestinales : anorexie, dyspepsie, entérocolite.

Les troubles hépato-biliaires ont été étudiés en particulier par LOUROS et TRIANTAFILLOPOULOS. De leur travail, il ressort que dysfonctionnement hépato-biliaire et R.D. sont fréquents.

Les symptômes cliniques sont : le dégoût des graisses, les pesanteurs gastriques (en particulier après ingestion d'oeufs et de chocolat), le teint subictérique, la sensibilité de la région hépatique. Parfois, ils ne sont qu'ébauchés cliniquement. Les épreuves fonctionnelles hépatiques apportent des renseignements intéressants sans qu'on puisse admettre qu'elles aient une valeur absolue. La multiplicité des tests le prouve.

En définitive, il a semblé que c'était les réactions de floculation qui paraissaient les meilleures. Ces examens, faits loin des règles et associés à la biopsie d'endomètre au 24ème jour du cycle, ont montré les résultats suivants :

- Quand les réactions de floculation dont positives, le syndrome hépatique est nettement décelable. Mais cette positivité ne dépasse jamais le stade ++ et se rencontre surtout dans les R.D. fixées par des adhérences, beaucoup plus rarement dans les R.D. franchement mobiles.

  La réaction de HANGER peut être seule positive ; si elle est négative, les autres réactions de floculation le sont aussi.

  Ce qui est remarquable, c'est qu'à la suite du rétablissement de l'utérus dans sa position normale, les réactions de floculation se normalisent rapidement, le plus souvent même dans le mois qui suit l'intervention.

- Les autres examens ont moins de valeur :

  . le temps de saignement est, en général, un peu augmenté ;

  . le signe du lacet est quelquefois positif ;

  . les dosages montrent l'existence habituelle d'urobiline ;

  . la vitesse de sédimentation est presque constamment accélérée sans qu'aucune autre cause puisse être retrouvée et contraste avec l'absence d'hyperleucocytose et de polynucléose.

- Quant à la relation entre le syndrome hépatique et les épreuves fonctionnelles ovariennes, on a pu établir que :

  . lorsqu'il n'y avait pas de syndrome hépatique clinique ou biologique, l'endomètre pouvait être normal, atrophique ou hyperplasique ;

  . mais que, par contre, lorsque les troubles menstruels s'associaient aux troubles hépatiques, la muqueuse était toujours du type hyperfolliculinique pure ou hyper-folliculo-lutéinique, voire du type hyperplasie glandulo-kystique (une seule a été normale).

  (TRIANTAFILLOPOULOS - Soc. Française Gyn. Décembre 1951 - N°9)

- La pathogénie de la triple association : R.D. + troubles hormonaux + troubles hépatiques n'est pas encore élucidée et l'on en est réduit aux hypothèses. Il est probable, cependant, que l'utérus rétroversé puisse entraîner une constipation chronique. Cette constipation par voie réflexe devient cause de digestions pénibles, puis d'hépatocholécystopathie. Le foie a pour rôle de métaboliser les oestrogènes circulant dans le sang. Une fois lésé, il assure mal cette fonction ; une dysendocrinie et des désordres menstruels en résultent. Ces enchaînements de faits semblent prouvés par leur disparition complète après la réduction opératoire

(LOUROS et KAIRIS - Brit.Med. 5-7-1952 n° 4774).

4.- LES TROUBLES PSYCHIQUES

Il est certain qu'une femme qui souffre constamment, qui a du mal à travailler correctement, devient nerveuse, irritable. Pour peu que cet état de choses se prolonge, que les traitements soient inefficaces, un véritable cercle vicieux s'installe. On est en présence de malades pâles, fatigués, migraineuses, anorectiques, plurialgiques, chez qui toutes les sensations s'exacerbent, prenant alors une importance démesurée. La neurasthénie est le terme de l'évolution.

En fait, si un pareil tableau peut se réaliser, il faut cependant apporter un correctif très important ; chez les jeunes femmes qui font l'objet de cette étude, il est rare de constater des troubles psychiques réels. Elles font, le plus souvent, preuve, au contraire, de courage et d'énergie, mais elles se heurtent à une difficulté insurmontable pour elles sur le plan physique. La correction de la mauvaise position utérine, d'abord temporaire par un pessaire, puis définitive par l'intervention, transforme le psychisme de telles patientes. C'est pour nous la preuve que ces femmes ne présentent des troubles caractériels qu'en conséquence d'une lésion anatomique précise.

FORMES CLINIQUES

1.- MENTIONNONS LA FREQUENCE DES R.D. CHEZ LES PTOSIQUES :

Chacun connaît ces femmes longilignes, amaigries, hypotoniques, à la peau flasque. Ptose gastrique ou rénale accompagne

la R.D. Ce sont ces malades, qui sortant d'ailleurs un peu du problème que nous envisageons, qui poseront les plus délicates indications thérapeutiques.

2.- RETRO-DEVIATIONS ASSOCIEES A UN PROLAPSUS :

Il existe alors d'autres facteurs de gravité : cul-de-sac de Douglas profond et vaste, hypotonie manifeste des ligaments ronds.

3.- RETROVERSIONS INFLAMMATOIRES :

L'ensemble clinique est riche, mais les signes fonctionnels sont, à ce stade, bien plus la traduction des lésions associées que de la R.D. elle-même et celle-ci ne passera qu'au second plan.

4.- Enfin, très souvent il arrive qu'en redressant l'utérus, on constate une déchirure du feuillet postérieur des 2 ligaments larges, répondant au syndrome d'ALLEN et MASTERS.

Ces lésions entraînent des douleurs qui souvent se confondent avec celles de la rétroversion. Elles nécessitent, non seulement la suture du feuillet postérieur du ligament large, mais aussi la cure de la R.D. Si la simple suture de la déchirure a pu être suffisante dans certains cas, il semble néanmoins plus raisonnable d'y associer la correction de la R.D. En effet, il s'agit de femmes jeunes dont l'avenir obstétrical demande une réparation solide des organes de reproduction, que la suture du feuillet postérieur du ligament large ne saurait assumer à elle seule.

AU TOTAL :

Les symptomes fonctionnels de la R.D. sont variés, complexes, très souvent difficiles à imputer à cette R.D. et l'on verra nombre de femmes consulter le gynécologue après avoir vu tous les spécialistes d'urologie, rhumatologie, gastro-entérologie, voire de psychiâtrie ..... Répétons encore que le meilleur signe, le plus infaillible pour rattacher une douleur quelconque à la R.D. est de reproduire exactement cette douleur à l'examen clinique des organes génitaux.

LES TROUBLES OESTETRICAUX

Ils sont de trois ordres :
- La stérilité
- l'avortement
- l'enclavement.

1.- La STERILITE

On a beaucoup trop mis la stérilité sur le compte de la R.D. La théoris simpliste qui consiste à dire que les spermatozoïdes ne peuvent trouver le chemin du col à cause de sa position anormale dans les rétroversions, ou qu'ils ne peuvent franchir la coudure de l'utérus dans les rétroflexions, laisse un peu sceptique... Ce qui semble beaucoup plus vraisemblable c'est que si une femme porteuse d'une R.D. est stérile ce sera plutôt le fait des lésions associées :

- soit hypoplasie utérine, cause de la R.D., empêchant la nidation de l'oeuf dans cet utérus peu étoffé ;
- soit inflammations ou infections, salpingiennes en particulier, conséquences de la R.D., peu propices à la fécondation.

Un travail a été fait sur ce sujet en 1950 par OIZEROVICI sous la direction du Professeur MOCQUOT qui démontre bien le rôle de la R.D. dans la stérilité.

L'auteur étudie 2 120 cas de stérilité involontaires, datant d'au moins 2 ou 3 ans, suivis à la consultation et répartis sur 6 années (1944 à 1949 inclus).

Sur ces 2 120 cas, on relève 170 R.D., dont 136 cas purent être étudiés.

Ils se décomposent comme suit :

- 26 R.D. isolées (= 1 %)

- 110 R.D. associées (= 5 %) à :

  - 72 : facteur tubaire { = 36 obturations ; = 25 sténoses bilatérales ; = 8 annexites chroniques }
  - 10 : facteur cervical { = 7 endocervicites ; = 3 sténoses du col }
  - 7 : facteur ovarien { = 5 absences de l'ovulation ; = 2 troubles de l'ovulation }
  - 6 hypoplasies génitales
  - 3 tuberculoses utéro-annexielles
  - 2 antécédents d'appendicectomie avec péritonite
  - 1 myome
  - 11 déficiences maritales { = 5 azoospermies ; = 6 oligoasthénospermies }

LES RESULTATS :

1.- Sur les 26 cas de stérilité avec R.D. isolée :

- Il y a eu 16 grossesses :
  - 1 après diathermie (stérilité secondaire, R.D. fixée)
  - 3 après pessaire
  - 6 après intervention { = 1 vésicofixation ; = 5 ligamentopexie }
  - 6 sans traitement (dont 1 de stérilité primaire)

parmi lesquelles :

  - 10 grossesses allèrent à terme
  - 4 s'interrompirent dès les premiers mois
  - 2 dont les résultats restèrent ignorés

- et 10 échecs
  - 2 après traitement médical (stérilité secondaire)
  - 3 après intervention { = 2 ligamentopexie ; = 1 vésicofixation }
  - 5 pour abandon prématuré du traitement.

2.- Sur les 110 cas de stérilité avec R.D. associée à d'autres facteurs :

- Il y a eu 10 grossesses :

  - 5 chez des femmes porteuses d'une endocervicite
    dont = 4 grossesses à terme
    et = 1 fausse couche, suivie ultérieurement d'une grossesse normale

  - 2 malgré une lésion tubaire

  - 2 en dépit d'une oligoasthénospermie du mari (insémination artificielle)

  - 1 après intervention des extraits thyroïdiens (absence d'ovulation).

EN CONCLUSION :

De cette étude relative à 2 120 cas de stérilité, il ressort que :

- La R.D. pure, rigoureusement isolée peut être une cause possible de stérilité ;

- Mais que c'est une cause rare : 26 cas sur 2 120 , soit 1 à 2 % ;

- Elle s'oppose radicalement à la R.D. compliquée ou associée , plus fréquente (110 cas sur 2 120, soit une différence de 5 %) , nettement moins favorable quant au pronostic : 10 grossesses sur 110 cas, soit seulement 10 % de succès.

2.- L'AVORTEMENT

Relativement fréquent, il sera souvent incomplet, difficile, hémorragique et nécessitera un curetage. Celui-ci sera, d'ailleurs, dangereux car la curette bute sur la paroi antérieure de l'utérus, risquant de perforer ce tissu mou, richement vascularisé.

BROCHIER et CHARVET relatent l'histoire de cette femme de 36 ans, déjà mère de 2 enfants, qui fit 5 fausses-couches spontanées de 1950 à 1955. Aux trois dernières grossesses, le déficit progestéronique était sévère, et à chaque fois le traitement

par distilbène progestérone n'empêcha pas l'interruption de la gestation. L'hystérographie, faite entre deux grossesses, était normale.

La seule anomalie consistait en une rétroversion utérine. En Décembre 1955, on pratique une ligamentopexie à la Doloris. En Mars 1956, la femme vient annoncer une nouvelle grossesse. On ne fait aucun dosage, on ne prescrit ni repos, ni médicaments.

L'accouchement a lieu normalement en Novembre 1956, d'une fille de 3 kg. , bien constituée.

On explique ces faits par les troubles circulatoires produits par les tiraillements des vaisseaux de cet utérus en position anormale, provoquant ainsi les troubles hormonaux, comme on l'a dit plus haut. Il semblera donc logique, en cas d'avortements répétés, de redresser et de fixer les utérus rétroversés.

3.- L'ENCALVEMENT

Dernière complication, de loin la moins fréquente, que nous ne citerons que pour être complet .

L'utérus rétro-dévié est enchâssé dans le pelvis, au fur et à mesure que la grossesse avance, il se développe dans tous les diamètres, pouvant se bloquer dans le petit bassin. L'évolution de la gestation est incompatible avec la persistence de cette incarcération.

Si, comme dans la majorité des cas, l'utérus ne se redresse pas seul, l'intervention s'impose alors, qu'il y ait ou non des complications urinaires.

LES TRAITEMENTS CLASSIQUES MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

Leurs insuffisances, leurs échecs

Les formes anatomo-cliniques de la R.D. sont nombreuses.

Le traitement est loin d'en être unique. Ce sera au médecin de poser, avec soin, les indications thérapeutiques et de choisir parmi les multiples procédés de réduction celui qui convient le mieux à telle ou telle malade.

Le traitement peut être :

. médical

. ou chirurgical.

LE TRAITEMENT MEDICAL

Dans bien des cas, il suffira. Nombreuses sont les femmes qui souffrent peu de leur rétroversion.

1.- Il est d'abord PROPHYLACTIQUE

Mis à part les rares cas de R.D. congénitale, la majorité d'entr'elles est secondaire à un accouchement ou à un avortement. En effet, à la suite de l'accouchement ou de l'avortement, le corps utérin reste lourd, l'isthme est ramolli, favorisant sa coudure et la bascule du corps en arrière, cela d'autant plus facilement que l'isthme est plus mince, le Douglas plus profond, lesligamnets plus frêles et relâchés. Pour peu qu'il y ait infection, retardant un peu plus encore l'involution utérine, les conditions maximum sont réalisées. (Fréquence dans les avortements dus à des manoeuvres septiques).

Les mesures préventives consisteront, avant tout, à éviter l'endométrite et la subinvolution. Le bon fonctionnement intestinal sera surveillé ; à ce sujet, il faut proscrire les purges classiques en suite de couches, mais les remplacer par des laxatifs légers. On conseillera des mictions régulières et fréquentes, pour éviter la distension vésicale. Les exercices de gymnastique, qui sollicitent et renforcent les muscles abdominaux, seront commencés de bonne heure ; ils sont, de loin, de beaucoup préférables aux massages ou ceintures abdominales ! On peut recommander à la femme, alors que le corps utérin est encore lourd, de rester quelques minutes par jour en position genu-pectorale et la nuit de dormir sur le ventre.

Le lever précoce après l'accouchement ne semble pas avoir, sur la statique pelvienne, de fâcheux retentissements ; il faudra, cependant, éviter la fatigue, les efforts et les sports.

2.- Il est ensuite CURATIF

et de nombreuses R.D. en seront passibles.

a.- Eliminons tout de suite les R.D. congénitales :

Elles sortent un peu de notre étude.

Il faut prescrire essentiellement chez ces jeunes filles ou ces jeunes femmes une hygiène de vie : cures d'air, gymnastique. Le bilan hormonal peut montrer une aplasie utérine, voire un infantilisme ; il faut alors user de la folliculine associée ou non aux gonadotrophines. La Progestérone pourra rendre service en cas de dysménorrhée ou d'insuffisance d'élimination du Prégnediol.

b.- Les R.D. acquises sont justiciables de nombreux traitements :

- La dysménorrhée, les douleurs sans lésions inflammatoires seront améliorées par les infiltrations par la Novocaïne des plexus sympathiques, lombaires ou sacrés.

- Le traitement décongestionnant a son utilité : injections chaudes, lavements chauds, bains de siège. Les cures thermales sont depuis longtemps recommandées : Luxeuil, Plombières, Néris, Saint-Sauveur, Salies-de-Béarn, Bourbonne, etc....

- Les R.D. compliquées de lésions inflammatoires aiguës relèvent avant tout du repos au lit, de la vaccinothérapie et des lavements chauds. La phase aigüe passée, une fois constituées la paramétrite, douglassite et rétraction des ligaments utéro-sacrés, c'est au massage gynécologique que l'on fera appel. Les séances doivent être de l'ordre de 2 ou 3 par semaine pendant au moins 3 mois. Le succès est presque toujours de règle, à condition de traiter "des malades disciplinées, chastes et reposées" (NETTER).

- Le traitement "orthopédique" consiste d'abord à réduire la R.D., puis à le maintenir dans sa bonne position. Il faut se montrer prudent à son sujet. La réduction manuelle doit être toujours douce, sans brutalité, après traitement décongestionnant, repos et sédatifs ; il ne faut rompre aucune adhérence de force. C'est dire qu'on évitera les réductions sous anesthésie générale et que l'on proscrira les réductions instrumentales à l'aide de sondes métalliques. Les moyens de contention doivent être aussi discutés.

- La columnisation, qui consiste à bourrer le vagin, et surtout le cul-de-sac postérieur de compresses, n'est pas conseillé. Les compresses doivent être changées trop souvent pour que ce moyen soit employé couramment.

- Le pessaire est le meilleur procédé. On choisit de préférence un pessaire de HODGE plutôt que celui de DUMONTPALLIER. Il doit s'adapter exactement au vagin et ne provoquer aucune gêne, ni douleur. Sa propreté doit être stricte. Il sera laissé en place quinze jours à un mois, au bout desquels on jugera de son efficacité. Si la malade est soulagée, on pourra envisager l'intervention chirurgicale. Par conséquent, le pessaire n'aura été qu'un traitement d'épreuve, préliminaire à l'opération.

==========

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL CLASSIQUE

Depuis de très nombreuses années, les chirurgiens se sont préoccupés de la technique de réduction de la R.D. Les procédés sont multiples, beaucoup trop pour que l'un ou l'autre soit parfait ! Effectivement, les conditions doivent être strictes :

- l'intervention doit être sans danger ;
- elle doit assurer un bien-être à l'opérée sans lui laisser de troubles fonctionnels (douleurs en particulier) qui rendraient nul le bénéfice de l'intervention.
- faite chez des femmes jeunes, elle ne doit troubler ni la fécondation, ni la grossesse, ni l'accouchement.
- enfin, elle doit aboutir à une réduction définitive de la mauvaise position même en cas de nouvelles grossesses.

Pour cela les chirurgiens ont utilisé 4 sortes d'organes :

. l'utérus lui-même

. les ligaments

. le péritoine pelvien { = péritoine vésical ou = péritoine du cul-de-sac de Douglas

Nous passerons en revue ces différentes techniques, nous en dirons les avantages et les inconvénients.

Utilisation de l' Utérus : HYSTEROPEXIES

Elles se divisent en hystéropexies CORPOREALES et ISTHMIQUES, selon la région de l'utérus où se porte la fixation.

a.- Nous ne ferons que citer l'HYSTEROPEXIE CORPOREALE :

Elle consiste, en effet, en la fixation solide de la paroi antérieure de l'utérus à la face antérieure de l'abdomen. Intervention simple, logique, elle est à proscrire formellement chez la femme jeune ayant encore des possibilités de grossesse, l'ampliation utérine pendant la gestation est incompatible avec ce mode de fixation.

b - L'ISTHMOPEXIE :

Ne comporte pas les dangers de l'hystéropexie corporéale. La fixation utérine se fera à partir de l'isthme, le fil le plus élevé étant placé à la partie supérieure de cette région.

Utilisation des ligaments : LIGAMENTOPEXIES

Elles peuvent utiliser deux sortes de ligaments :

. les ligaments RONDS

. et les ligaments UTERO-SACRES.

LES LIGAMENTOPEXIES à partir des LIGAMENTS RONDS

Elles sont, de beaucoup, les plus employées.

Elles sont obtenues par l'inclusion d'une partie de ces ligaments dans la paroi abdominale ou par leur raccourcissement intra-abdominal.

a.- Ligamentopexie par inclusion pariétale partielle des ligaments ronds :

Technique de DOLERIS

Elle est basée sur le fait suivant : dans toute R.D. utérine, on constate une élongation avec atrophie plus ou moins marquée d'un, ou plus souvent, des deux ligaments ronds, mais il persisterait (18 fois sur 20, d'après COSSET) une portion du

ligament qui est épaisse et résistante dans une étendue de 4 ou 5 cm, c'est le segment juxta-utérin du ligament rond qu'utilise le procédé de DOLERIS.

Il y a différentes précautions à prendre :

- ne créer aucun orifice capable de jouer tôt ou tard le rôle de collet d'étranglement ;

- Le diverticule périotnéal intrapéritonéal est facile à éviter si on pratique un orifice de petites dimensions ;

- L'orifice médian est naturellement difficilement évitable. Trois facteurs interviennent pour le rendre dangereux :

  . la fixation trop haute,
  . la fixation de trop près,
  . la fixation trop médiane.

- Avant de fixer les ligaments ronds dans leur position définitive, il importe de regarder ce que deviennent les trompes : si elles sont attirées et coudées, il faut reporter la prise du ligament en dehors ; si la coudure persiste, on peut libérer le ligament rond du péritoine qui recouvre sa face antérieure.

TECHNIQUE : On peut opérer :

  . soit par incision verticale et médiane
  . soit pas incision transversale (PFANNENSTIEL)

- Préhension des ligaments ronds :

Le technique consiste à passer au-dessous de chaque ligament rond, à 5 ou 6 cm. de son insertion utérine, un fil de fort catgut. On met une pince sur chaque anse de catgut. Le traction sur ces fils réduit le R.D.

- Passage des anses ligamentaires à travers la paroi abdominale :

Pour éviter une fixation trop haute de l'utérus, les ligaments ne doivent pas être inclus à plus de 2 travers de doigt au-dessus du pubis. A ce niveau, on fait une courte incision verticale de 1 cm. au feuillet antérieur de la gaîne du grand droit, à 1,5 cm. en dehors de la ligne d'incision médiane. On enfonce une pince de Kocher dans cet orifice qui va traverser le muscle et le péritoine. Cette pince va ramener les 2 chefs du catgut et à sa suite l'anse ligamentaire. On effectue la même chose de l'autre côté.

- Fermeture pariétale partielle :

On suture la partie inférieure ou l'incision pariétale. Par la partie supérieure, on s'assure du degré de réduction de la R.D. et de l'absence d'anse intestinale coincée au devant de l'utérus.

- Suture des ligaments ronds à l'aponévrose et entr'eux :

Les anses sont attirées suffisamment pour pouvoir entrer en contact sur la ligne médiane par leur bord convexe. Chaque anse est suturée soigneusement au pourtour de la petite brèche aponévrotique , à l'aponévrose elle-même et à l'autre opposée par son bord convexe.

Certains chirurgiens, pour éviter la fixation trop médiane qui aboutit à la constitution d'un petit orifice médian triangulaire et rigide, préfèrent pratiquer l'orifice pariétal au-delà du muscle grand droit. On peut passer : soit contre le bord externe du muscle pyramidal, soit plus en dehors à travers la fossette inguinale moyenne. Cette fixation ne permet évidemment pas d'unir les ligaments sur la ligne médiane, et nécessite leur amarrage in situ. On ferme ensuite le reste de l'incision pariétale.

b.- Ligamentopexie par raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds .

1.- Procédé de MOCQUOT

Il représente une des opérations les plus physiologiques. Chacun des ligaments est sectionné en son milieu, puis chaque segment est adossé en canon de fusil pour réduire de moitié la longueur intra-pelvienne des ligaments.

- après incision médiane sous-ombilicale ou transversale, on sectionne le ligament à mi-distance entre la corne utérine et l'orifice inguinal profond. Chaque extrémité sectionnée du ligament est chargée sur un fil et nouée. La section ligamentaire est prolongée de 3 cm. sur le péritoine.

- le bout externe pariétal tendu, l'aiguille passe à travers le ligament rond, juste à son entrée dans la paroi abdominale et ressort dans l'extrémité externe de la brèche péritonéale. De même, pénétrant dans le segment utérin du ligament rond, près de son insertion utérine, l'aiguille vient sortir dans l'extrémité

interne dela brèche péritonéale et ramène les 2 chefs de fil qui lie le bout pariétal du ligament rond. Ces 2 chefs sont noués et ainsi les 2 bouts utérin et pariétal du ligament rond sont juxtaposés et l'ensemble du ligament est raccourci de moitié. On referme la brèche péritonéale et on effectue la manoeuvre identique de l'autre côté.

2.- Procédé de DARTIGUES

(BALDY en Angleterre)
(ALFIERI en Italie)

Ce procédé mérite d'être mis à part. Il réalise une sangle ligamentaire en arrière de l'utérus le soutenant à la manière du dossier d'un fauteuil. Il consiste à fixer les 2 ligaments ronds à la face postérieure de l'utérus, après les avoir attirés par la transfixion des ligaments larges au-dessous des insertions tubaires et les avoir ainsi indirectement raccourcis.

- on fait une incision médiane, longitudinale ou de PFANNENSTIEL.

- on perfore chaque ligament large à l'aide d'une pince de Kocher dans la zône avasculaire sous-tubo-ovarienne, l'utérus étant attiré en avant par l'hystérolabe.

- la pince va saisir d'arrière en avant le ligament rond par son bord externe à l'union de son 1/3 initial et de ses 2/3 antérieurs. On plie et on tire le ligament en arrière de l'utérus. On répète la même manoeuvre du côté opposé.

- les 2 anses dont donc adossées par leur convexité et suturées l'une à l'autre et à la face postérieure de l'utérus, constituant ainsi une sangle élastique en arrière de celui-ci.

LA LIGAMENTOPEXIE au moyen des LIGAMENTS UTERO-SACRES

Cette intervention qui peut corriger l'antéposition du col utérin, habituelle dans le R.D., ne peut guère prétendre à ramener et à maintenir à elle seule l'utérus en bonne position. Elle peut, cependant, être associée à l'un des procédés d'hystéropexie précédemment décrits.

- l'utérus étant attiré en haut et en avant, on voit se tendre les ligaments utéro-sacrés. La plicature est pratiquée au moyen d'un ou de plusieurs points de suture. En avant, le fil est passé à 2 cm. en arrière du col utérin, en arrière à 2 cm. du rectum. En nouant ce fil, on plicature le ligament qui se trouve ainsi raccourci.

Utilisation du péritoine pelvien

(Opération de PESTALOZZA décrite en 1906)

Son but est de maintenir l'utérus en antéversion et antéflexion au moyen du péritoine vésical ramené par dessus le fond utérin et fixé sur la face postérieure. Cette intervention convient spécialement quand l'utérus rétroversé est fixé par des adhérences et que le péritoine du fond de l'utérus et de sa face postérieure est normalement altéré. Le lambeau libéré de péritoine vésical permet de recouvrir les parties cruentées de la face postérieure de l'utérus. L'auteur complète par un raccourcissement des ligaments ronds.

Utilisation du cul de sac de Douglas

Nous ne décrirons ici que le doisonnement du Douglas, opération de MARION. La Douglassectomie devant faire, à elle seule, une étude particulière dans un prochain chapitre.

L'opération de MARION est réservée par son auteur au traitement du prolapsus des vierges, il le conseille aussi dans les prolapsus ayant récidivé après les opérations classiques correctement exécutées.

Mais il faut savoir qu'elle peut constituer :

- soit à elle seule, une technique de réduction de la R.D. et nombre d'auteurs l'utilisent ainsi ;

- soit un temps complémentaire de l'hystéropexie quand, après réduction, le cul-de-sac de Douglas apparaît très profond et très vaste et quand, malgré la fixation du fond utérin par les ligaments ronds, le col reste en position antérieure.

L'oblitération du cul-de-sac est obtenue par le passage en bourse à travers les parois péritonéales de celui-ci, de 2 ou 3 fils superposés non résorbables. Le fil supérieur doit atteindre le niveau de l'insertion sur l'utérus des ligaments utéro-sacrés, niveau qui est très variable : suivant les cas, ce fil atteindra : soit la partie moyenne du col utérin, soit l'isthme.

Le principe de cette technique est différent de toutes les autres pexies. Cette intervention semble la plus logique, elle remet l'utérus en antéversion non pas forcée mais physiologique et lui gardera toute l'aisance de ses mouvements. Aucun risque d'étranglement, ni de soudure des trompes.

Pour bonne que soit cette intervention, nous verrons cependant, ultérieurement, qu'elle mérite quelques critiques et que ces critiques ont conduit, tout naturellement, à chercher un autre procédé plus parfait toujours à partir du Douglas : nous voulons dire : la DOUGLASSECTOMIE.

Toutes les méthodes ont leurs partisans toutes ont eu leur succès, à toutes ont été faits des reproches plus ou moins graves. Il faut cependant savoir que certaines d'entr'elles exposent plus volontiers aux complications, soit par leur technique propre, soit par la difficulté qu'on a à l'exécuter correctement.

Nous étudierons ces principales complications.

I.- L'ISTHMOPEXIE

Est un net progrès sur la ventrosuspension. En effet, elle laisse libre le corps utérin, permettant à une grossesse de se développer jusqu'au terme. Cependant, certains obstétriciens ont critiqué cette intervention.

L'isthme est la partie de l'utérus d'où se formera le segment inférieur, région physiologique d'importance capitale qu'il importe de ne pas troubler dans son ampliation. De plus, on a vu des récidives se produire au-dessus de la zône d'isthmopexie. Cette méthode, loin d'être systématique, aura donc des indications limitées.

II.- LES LIGAMENTOPEXIES

Elles présentent aussi bien des inconvénients ; ils peuvent être de deux sortes :

. fonctionnels

. et obstétricaux.

Les complications fonctionnelles

Elles sont multiples. Tous les chirurgiens ont pu en constater, la littérature abonde en cas plus ou moins dramatiques.

Parmi les plus fréquentes, on peut voir :

a.- Les RECIDIVES :

Les ligaments ronds sont des formations souples et élastiques. On a écrit que, demander à ces ligaments facilement étirables de soutenir un organe pesant, était une erreur, les rétroversions étant la preuve de la mauvaise qualité des ligaments.

ROMAN cite 3 échecs du BALDY-DARTIGUES :

- dans sa première observation , il s'agit d'une femme de 30 ans opérée d'une R.D. en 1934. En 1943, après avoir eu une grossesse normale et une fausse-couche, elle consulte à nouveau pour des règles irrégulières et des douleurs pelviennes permanentes. A l'examen, l'utérus est en rétroversion . A l'intervention, on constate, après avoir relevé l'utérus à la main, qu'il ne persiste guère qu'un mince cordonnet passant en arrière de l'isthme ; les ligaments ronds complètement distendus ont retrouvé leur disposition et leur direction normales. On pratique une fixation à la DOLERIS.

- dans sa deuxième observation, superposable à la première, les ligaments ronds, à l'intervention, sont restés en place, mais si grêles, si atrophiés que la récidive ne pouvait être évitable.

- enfin, la troisième observation est celle d'une femme opérée en Janvier 1943, revue en Janvier 1944 ; l'utérus est en rétroversion complète. Comme il n'y a pas de douleurs, on ne ré-intervient pas.

b.- Les OCCLUSIONS INTESTINALES :

Elles sont relativement fréquentes et ont été constatées par trop de chirurgiens pour qu'elles soient toujours imputables à une faute de technique ! Le procédé de DOLERIS expose particulièrement à cette complication. Elle s'observe surtout quand l'utérus à juste titre n'a pas été fixé de trop près à la paroi abdominale.

Trois fossettes se sont créées :

. une médiane, la plus dangereuse, entre l'utérus et la paroi abdominale antérieure ;

. deux autres latérales en avant des ligaments ronds.

C'est là qu'une anse intestinale peut venir s'étrangler, souvent des années après l'intervention.

c.- L'ENGAGEMENT d'une TROMPE :

C'est Léo BRADY, en Angleterre, qui rapporte l'observation suivante : une jeune femme de 29 ans ayant été opérée d'une rétroversion par le procédé de BALDY-DARTIGUES quelques années auparavant, entre à l'hôpital pour un syndrome pelvien douloureux, avec signes infectieux évidents et une défense localisée à la fosse iliaque droite. A l'intervention, on trouve :

- à gauche, un élargissement manifeste de la brèche opératoire faite dans le ligament large, mais sans autre anomalie ;

- à droite, la cause du syndrome. Il s'agissait de l'engagement de la trompe de Fallope à travers l'orifice opératoire du ligament large. Cette trompe était coudée et étranglée, sa partie distale transformée en volumineux hydrosalpinx.

C'est dire l'intérêt, au cours de toute ligamentopexie, de vérifier soigneusement la position des trompes une fois le R.D. réduite.

d.- La TORSION de l'UTERUS SUR SON AXE :

Elle peut se voir après une intervention type à la DOLERIS, lorsque la fixation des ligaments n'a pas été symétrique. DAVEO en rapporte une observation (décembre 1942) due à la fixation trop courte de la corne utérine gauche.

e.- Enfin, une DERNIERE COMPLICATION PLUS RARE a été signalée par MITCHENER.

Il eut à opérer une femme, quelques heures après un accouchement normal, qui présentait un syndrome clinique de hernie étranglée, signes physiques y compris. A l'intervention, il s'agissait en fait de l'étranglement d'un ligament rond dans l'anneau fibreux créé quelques années auparavant lors d'une suspension utérine ! La circulation veineuse bloquée par cet anneau avait entraîné une augmentation de volume considérable du ligament rond.

Les complications obstetricales

Aussi fréquentes que les troubles fonctionnels, elles sont aussi lourdes de conséquences.

a.- LES DOULEURS EN COURS DE GROSSESSE, les AVORTEMENTS et les ACCOUCHEMENTS PREMATURES :

Sont pratiquement tous dus à une pexie non "physiologique".

- isthmopexie dépassant l'isthme et qui n'a pas permis l'ampliation normale du segment inférieur ;

- ligamentopexie faite trop serrée, supprimant la possibilité d'adaptation de l'utérus lors de la gestation.

b.- LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE (G.E.U.)

La G.E.U. après ligamentopexie a presque toujours pour origine une coudure des trompes lors de l'intervention.

DESJACQUES et RIVOL eurent à opérer en urgence une femme porteuse d'un syndrome d'hémorragie interne, qui, quelques mois auparavant, avait subi une ligamentopexie. A l'intervention : l'utérus était quasi symphysé à la paroi abdominale antérieure, le grêle plaqué sur la région de l'annexe droite par de gros placards fibrineux, semblait à la veille de l'occlusion. Il s'agissait d'une G.E.U. droite rompue, mais cloisonnée par le grêle, l'épiploon et leurs adhérences. La trompe droite, entre la corne utérine et l'ampoule pleine de sang, exécutait un trajet coudé dans la paroi abdominale. De même, à gauche, la trompe était également coudée, mais saine.

EPARVIER et MICHON rapportent aussi le cas d'une femme qui, après une ligamentopexie, eut ultérieurement deux G.E.U.

c.- LES DYSTOCIES :

Elles ne sont pas tellement fréquentes, mais cependant pas assez rares pour les négliger et ne pas faire réviser le pronostic obstétrical des ligamentopexies.

On peut voir :

1.- Une présentation transversale :

Tous les auteurs sont d'accord, ceci à la décharge de la ligamentopexie, pour insister sur la mauvaise qualité de la technique.

MAHON et CHASTRUSSE ont publié une observation d'épaule irréductible chez une femme à terme : le col est introuvable au toucher, au spéculum, à la valve. Sous anesthésie générale, un toucher vaginal profond permet enfin de le repérer, ouvert à 2 francs, au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite au contact de la tête foetale, le reste de l'utérus se trouvant dans la moitié gauche. On pratique une césarienne.

TRILLAT et MAGNIN présentent une observation identique.

DAVEO cite une observation encore plus remarquable : une femme de 35 ans subit, en 1936, une appendicectomie plus une ovariectomie droite associées à une ligamentopexie à la DOLERIS. En 1941 : grossesse. Dès le début, cette gestation est douloureuse (torsion - tiraillements - ballonnement intestinal) ; vers le 6ème mois, menace d'accouchement prématuré. A terme : présentation de l'épaule. On fait version et grande extraction de siège. L'enfant meurt 36 h. après.

En 1942 : nouvelle grossesse, nouvelle présentation transversale irréductible à terme. On décide la césarienne en raison des antécédents et l'on tombe sur un segment inférieur presque inexistant de par le fait d'un magma d'adhérences utéro-pariétales au niveau de la fixation chirurgicale des ligaments ronds. On extrait un garçon vivant et l'on rompt soigneusement les adhérences.

En 1944 : autre grossesse. Au 9ème mois : présentation normale, travail normal, on applique les forceps pour éviter les efforts à cet utérus césarisé. Extraction d'un garçon vivant. D'après l'évolution heureuse de cette grossesse, il est permis de penser que les adhérences qui bloquaient l'utérus à la paroi, empêchant l'ampliation du segment inférieur, ne se sont pas reproduits après la cure chirurgicale lors de la césarienne de 1941.

2.- L'absence de dilatation du col

Est une autre conséquence possible des ligamentopexies. BURGER (de Strasbourg) apporte deux observations de cette dystocie.

. la première, d'une femme de 34 ans, 2ème pare, ayant subi une ligamentopexie en 1935. Elle entre en travail, terme dépassé de 26 jours. Les douleurs débutent à 6 h. le matin, très irrégulières dans leur longueur et leur durée. A 11 h., après rupture spontanée de la poche des eaux, la dilatation est à 2 doigts, la tête haute et mobile. A 16 h., la situation de la tête est inchangée, la dilatation à 5 fr. A 19 h., aucun changement si ce n'est un oedème total du col. On fait une césarienne et l'on trouve un utérus arqué, mais dans le sens vertical, la corne droite est attirée vers le bas et fixée à 4 travers de doigt au-dessus du pubis à la paroi abdominale par un ligament rond transformé en large ruban cicatriciel de 4 cm. de long, très rigide et tendu. Le ligament rond gauche est normal. Tout se termine par l'extraction d'un enfant vivant de 3,900kg. et une hystérectomie subtotale (on est en 1939 !).

. la deuxième observation est semblable : deux grossesses à deux ans d'intervalle chez une femme de 32 ans. A chaque travail, tête haute et mobile, absence totale de dilatation, douleurs irrégulières, subintrantes ; à chaque grossesse : césarienne qui montre un ligament rond droit, très court, excessivement tendu, rigide et maintenant la corne utérine droite vers le bas

AU TOTAL :

Dystocie dynamique, mauvaise dilatation, mauvaise ampliation du segment inférieur et leur conséquence :

l'impossibilité d'accoucher par voie basse.

III.- L'UTILISATION DU PERITOINE PELVIEN

Elle est loin d'être indemne de critiques.

Nous retrouvons les mêmes complications qu'avec les ligamentopexies : présentations transversales, irréductibles, anomalie de la dilatation, et en plus des troubles urinaires.

TRILLAT et MAGNIN décrivent l'état de la vessie lors d'une césarienne faite pour présentation de l'épaule : énorme, distendue, étalée sur la face antérieure de l'utérus, rattachée à celle-ci par de multiples adhérences.

IV.- enfin LE CLOISONNEMENT DU CUL DE SAC DE DOUGLAS

Ou opération de MARION, qui paraît l'intervention la plus logique, la plus physiologique, a eu ses échecs. En effet, on a observé des récidives, soit brusques à la suite d'un effort, soit progressives. Même quand on a fait plusieurs rangs de points, on n'est jamais sûr du résultat à longue échéance et c'est pourquoi nous avons envisagé la Douglassectomie car, pour nous, l'essentiel est le soutien permanent de l'utérus et des annexes, ainsi que la disparition des éléments anatomiques favorisant leur mauvaise position. L'ablation du cul-de-sac de Douglas nous a paru supérieure à son cloisonnement. Elle permet :

- de corriger du même coup le prolapsus des ovaires,
- et de traiter les déchirures du feuillet postérieur du ligament large (syndrome d'ALLEN et MASSON).

TECHNIQUE PARTICULIERE

à LA MATERNITE de l'HOPITAL TENON

Avant de l'envisager, il est bon de poser les indications opératoires. Nous n'opérons pas toutes les R.D.. Beaucoup d'entre-elles sont silencieuses, ou n'entraînent que des troubles très minimes pour imposer à ces malades un traitement qui dépasse l'importance des symptômes qu'elles présentent. A l'inverse, de nombreuses malades viennent consulter pour des douleurs, une stérilité, sans que la R.D., évidente pourtant à l'examen, en soit responsable ! Il faudra donc poser soigneusement les indications thérapeutiques, en faisant bien la part de ce qui revient à la R.D.

LA RETRODEVIATION MOBILE

Elle ne doit être opérée que si elle amène des troubles sérieux :

1.- LA R.D. DES JEUNES FILLES ET DES MULTIPARES :

N'est que rarement du ressort du chirurgien. La dysménorrhée ne sera sans doute pas guérie par l'intervention. L'affection causale est, le plus souvent, une hypoplasie génitale, dont la R.D. n'est que la conséquence. Le traitement endocrinien, joint à l'hygiène générale, cures d'air et cures thermales, sera beaucoup plus efficace.

2.- LA RETRO-DEVIATION DES PTOSIQUES :

N'est pas, non plus, justiciable d'une opération. La R.D. n'est qu'une des manifestations de la faiblesse générale des tissus de soutien. Ptose gastrique, ptose rénale l'accompagnent fréquemment.

Ce n'est pas le bistouri qui corrigera ces troubles ! Bien plus, il risque de les aggraver et le médecin en sera tenu pour responsable !

3.- LA STERILITE :

Est rarement consécutive à une rétroversion utérine isolée. Elle est, en règle, la conséquence des lésions associées : exocervicite, salpingite, troubles hormonaux. Le premier geste doit être le traitement de ces troubles. Mais lorsque le médecin aura épuisé toutes les thérapeutiques sans succès, il lui sera parfaitement permis d'envoyer ces malades au chirurgien.

4.- LES DOULEURS LOMBAIRES :

Elles doivent commander la méfience ! Tant d'autres organes que l'utérus peuvent être en cause ! Même devant une authentique rétroversion, l'urographie intraveineuse est indispensable pour dépister une éventuelle lésion. Les radios de la colonne vertébrale et des hanches doivent vérifier l'absence d'une affection osseuse ou articulaire.

Rappelons encore qu'un des meilleurs critères pour imputer une douleur à distance à la R.D. est de provoquer cette douleur même à la mobilisation des organes génitaux lors de l'examen clinique.

5.- LA DYSPARENNIE :

Par sa persistance, son intensité, elle provoque des réactions néfastes sur le couple et des troubles psychiques chez la femme. Mais on aurait tort de ne voir que l'élément psychique du syndrome. En effet, la lésion organique en est la cause réelle et la disparition des modifications anatomiques supprime la douleur sexuelle et fait disparaître progressivement les troubles secondaires.

6.- LA DYSMENORRHEE :

Ne disparaît parfois qu'après réduction dela mauvaise position utérine.

7.- LES AVORTEMENTS A REPETITION :

Rendent légitime l'hystéropexie après l'échec des traitements médicaux. Mais il faut au moins deux avortements

consécutifs pour admettre que le R.D. utérine joue un rôle dans l'étiologie de ces avortements.

8.- Il est enfin un élément qui nous semble important car il traduit l'organicité du syndrome : c'est l'AMAIGRISSEMENT que l'on voit s'installer après une ou plusieurs maternités et qu'aucun traitement médical ne parvient à réduire. C'est seulement après l'intervention que l'on observe la reprise de poids au chiffre normal et cette fois définitif.

LA RETRODEVIATION ASSOCIEE à D'AUTRES LESIONS

Elle pose un problème tout différent :

- S'il existe une périmétrite, une salpingite, il faut d'abord appliquer un traitement médical : antibiotiques, injections chaudes, sédatifs. En cas d'infection chronique, on peut demander à la diathermie au maqsage gynécologique, non une guérison, mais un appréciable soulagement. Si l'on décide l'intervention, la conduite à tenir sera dominée bien plus par ces lésions que par le R.D. elle-même.

- Quand le R.D. est associée à un prolapsus génital, il faut adapter la technique opératoire aux conditions anatomiques, et ceci sort du cadre plus étroit du problème envisagé.

De toutes façons, il ne faut pas décider la correction de le R.D. utérine sans avoir pratiqué l'épreuve du pessaire. La mise en place d'un pessaire bien adapté doit faire disparaître l'ensemble des troubles fonctionnels : pesanteur pelvienne, douleurs diverses, etc... Après trois semaines de cette épreuve, si le soulagement est réel, l'intervention est légitime.

La technique utilisée à la Maternité de l'Hôpital Tenon consiste en une ISTHMOPEXIE associée au soutien des ovaires par les ligaments ronds suivant la technique de DARTIGUES.

Cette technique doit répondre à trois exigences :

1.- Corriger la mauvaise position utérine associée en règle à un prolapsus annexiel.

2.- N'entraîner aucune complication au cours d'un ou plusieurs gestations, n'aggraver en aucune façon le pronostic de l'accouchement.

3.- Enfin, mettre à l'abri des récidives de la mauvaise position utérine et ovarienne.

- On incise le péritoine à la face antérieure de l'isthme, de façon à pouvoir créer une adhérence étendue entre cet isthme et la paroi abdominale.

- Un fil non résorbable est passé à travers la paroi antérieure de l'isthme, au niveau des culs-de-sacs latéraux, un deuxième fil sera placé un peu plus bas. Le simple passage de ces fils serait insuffisant sans l'adhérence péritonéale.

- Un point en bourse comble la fossette vésico-utérine et supprime ainsi tout risque d'occlusion.

- Un fil non résorbable est placé à la partie moyenne du ligament rond. On le fait ensuite passer à travers le ligament large au-dessous du pédicule ovarien, dégagé progressivement à la pince. On répète la même manoeuvre du côté opposé et on pourra ensuite solidariser les 2 ligaments l'un à l'autre. Ils empêcheront la bascule du corps utérin en arrière.

- Pour éviter que l'utérus ne s'engage sous les ligaments, deux points de catgut fixent ceux-ci à la face postérieure du corps utérin.

- Les fils isthmiques sont passés à travers la paroi et l'aponévrose, en dehors des muscles droits, au niveau le plus bas possible, au-dessus de la symphyse. Ils seront ensuite noués à la face antérieure de la paroi.

Notre statistique porte sur une centaine de femmes. Pour la clarté de l'exposé, nous séparerons les femmes opérées, qui eurent une grossesse ultérieurement, de celles qui ne devinrent pas enceintes.

La première statistique porte sur 43 femmes opérées suivant cette technique :

- 4 l'ont été pour stérilité
- 3 sont devenues enceintes et ont accouché
- la 4ème, opérée en Janvier 1959, n'a pas encore annoncé de grossesse, mais il est trop tôt pour juger.

Les 39 autres malades ont subi l'isthmopexie + DARTIGUES pour troubles fonctionnels : dysparennie, dysménorrhée, douleurs aux secousses, à la fatigue.

- 9 ont fait une fausse-couche
- 2 d'entre elles n'ont pas eu de nouvelle grossesse
- enfin, 2 autres femmes n'ont eu ni fausse-couche, ni accouchement, mais sont, par contre, enceintes actuellement (Juin 1959).

Il reste donc 38 femmes qui, opérées, ont ensuite mené à bien une grossesse :

- 4 ont eu une césarienne à terme, pour des raisons étrangères à leur isthmopexie (bassin généralement rétréci) ;
- les 34 autres ont accouché normalement :
  - 28 ont eu 1 enfant (et 2 d'entr'elles débutent une 2ème grossesse) ;
  - 8 " 2 enfants
  - 1 a eu 3 "
  - 1 " 5 "

Exceptons l'une d'elles que nous n'avons pas revue après son accouchement.

Pour ces 37 femmes, on peut classer les résultats de la façon suivante :

- 33 ont eu un résultat excellent ;
- 3 ont eu un résultat moyen . Au toucher vaginal, le col est resté fixé, mais le corps est retombé en arrière. A noter cependant que les douleurs, la dysparennie n'ont pas reparu (même chez celle qui a accouché 5 fois)

- 1 enfin, dont le résultat a été mauvais : utérus complètement rétroversé, reprise des douleurs.

AU TOTAL :

36 femmes sur 37 qui, manifestement, ont été soulagées ou guéries. Presque toutes ont repris du poids, témoin de l'amélioration de l'état général. Une ou plusieurs grossesses sont survenues sans incidents, les accouchements ont été eutociques, et n'ont pas troublé la statique utérine acquise par l'intervention ou, du moins, les désordres fonctionnels n'ont pas réapparu.

Les résultats sont résumés dans les tableaux suivants.

N° des Obser.	Date de l'intervention	Nombre de FC. après inter.	Nombre d'accou. après inter.	Date du dernier accouch.	Nombre de César.	date	ETAT au DERNIER EXAMEN LOCAL	GENERAL
.	1953	0	1	15-7-56	0	Fév.58	Pas de RV. ni de prolapsus mais petite incontinence urine orthos. Fatigue : envisager MARION	Bon
4	Mars 1955	0	1	Nov.56	0	Mars59	Grossesse en cours état excellent	Bon
5	Mai 1951	0	1	Mars 1956	0	Oct.56	excellent	excellent
9	Avr. 1954	1	1	1958	0	Fev.59	excellent	Bon
10	Avr. 1965	0	1	1956	0	Fin 1956	excellent	Bon
11	Sept. 1951	0	1	Nov. 1952	0	Mars 1959	excellent	Bon
16	1952	0	2	Oct. 1956	0	Nov. 1956	Très bien	Bon
19	Mars 1953	1	1	Fev. 1959	0	Fev. 1959	Utérus très bien fixé	Bon
21	Avr. 1948	0	5	Juin 1950	0	Avr. 1959	Vulve un peu béante légère rétrocèle. Ut. légèrement basculé en arrière	aucune gêne bon
23	Fev. 1954	0	1	Avr. 1955	0	Jan. 1959	Bon	Bon
24	Sept. 1953	0	1	Juil. 1957	0	Mars 1959	excellent	excellent
25	1956	0	1	Mars 1957	0	Fin 1957	Utérus en bonne position	Bon
27	1953	1	1	1956	0	1959	Rien à signaler	Bon
28	1954	0	1	Juil. 1957	0	1957	Tout va bien	Bon
34	1951	0	1	1957	0	Fin 1957	R.A.S.	Bon
31	Oct. 1955	0	1	Mars 1958	0	Nov. 1950	Tout va bien	Bon
33	Mars 1953	0	1	1954	0	Mars 1959	Bon état local	Bon mais surmenage
37	1952	0	2	Avr. 1958	0	Avr. 1958	Bon	Bon

N° des Obser.	Date de l'inter vention	Nombre de FC. après inter.	Nombre d'acc. après inter.	Date du dernier accouch	Nombre de César.	Date	ETAT au DERNIER EXAMEN LOCAL	GENERAL
41	1952	0	1	Mai 55	1	Nov.58	Utérus très bien fixé	R.A.S.
45	1955	0	1	Oct.57	0	1958	Tout va bien	Bon
46	1948	0	2	1956	2	Mai 57	Tout va bien	Bon
48	Juin 1956 (pour stérilité)	0	1	Mai 57		Juin57	Excellent état	Bon
49	1953	0	1	Déc.55	0	Oct.58	Utérus bonne position	Bon
52	Fév. 1956 (Tub. + Stérilité)	0	2	Mars 1959	2	Av.59	Bon état	Bon
54	Fév. 1954	1	1	Juin 1954	1	Oct.57	Grossesse de 7 m. N^le	Bon
57	1953	0	2	? (Province)	0	Sept. 1957	Pas de dysperennie mais l'ut. est en RV le col bien fixé, indolore	Bon
59	Fév. 1957	0	1	Janv. 1958	0	Juin 1958	Examen indolore mais le corps est un peu RV	Bon
61	1954	1	1	1955	0	1957	Corps basculé en AR.	médiocre
65	1954	0	1	Mai 1958	3	Juin58	Tout va bien	Bon
67	1952	1	1	1955	0	1957	excellent	excellent
70	Avr. 1955	0	2	Sept. 1958	0	Oct. 1958	Très bon état	Bon
71	1953	0	1	1955	0	Janv. 1958	Tout va bien	Bon
74	1951	1	3	Août 1958	0	Oct. 1958	Très bon	Bon
75	1954	0	2	Août 1958	0	Sept 1958	Tout va bien petit déficit urin.	
77	1949	0	2	1953	0	Mars 1958	Tout va bien	Bon
78	1956	1	0		0	Sept 1958	Tout va bien	Bon
79	Juin 1957	1	0		0	1958	R.A.S.	Bon
83	Sept 1956	0	1	Mars 1959	0	1959	R.A.S.	
85	1954	0	0		0	Nov58	Grossesse en cours tout va bien	excellent

N° des Obser.	Date de l'intervention	Nombre de FC. après l'int.	Nombre d'acc. après l'int.	Date du dernier accouc.	Nombre de César.	ETAT au DERNIER EXAMEN		
						date	LOCAL	GENERAL
86	Juin 1958	0	0		0	Mai 1959	Grossesse en cours tout va bien	Bon
7	Fev. 1951	0	1	Avril 1952	0	Mars 1956	Utérus bien fixé	Bon mais diabète
53	Sept. 1955 pour stérilité	0	1	Juin 1957	0		non revue	
95	Jan. 1959 pour stérilité	0	0	(mais absence de recul)				

La deuxième statistique porte également sur des femmes jeunes, en période d'activité génitale, mais qui n'ont pas été enceintes depuis leur intervention.

- 50 opérées selon notre technique ont été suivies, certaines sur une période qui s'étale sur 6, 8 ou 10 ans !

  . 47 à leur dernier examen étaient en excellent état, au toucher vaginal : utérus bien fixé, indolore.

  . 1 avait un résultat médiocre : corps utérin légèrement basculé en arrière, mais un bon état général.

  . 2 avaient présenté une récidive (voir tableaux suivants).

L'ensemble des résultats est satisfaisant. Pourtant certaines critiques ont été faites à cette intervention : essentiellement, de favoriser l'allongement hypertrophique du col et, en ouvrant le Douglas, de faciliter l'élythrocèle, personnellement jusqu'à présent, nous n'avons pas eu à le déplorer. Cependant, ces objections étant théoriquement valables, nous avons songé à les supprimer en utilisant la DOUGLASSECTOMIE.

Numéros des Observations	Date de l'intervention	Date du dernier examen	RESULTAT LOCAL	RESULTAT GENERAL
2	1953	1958	Très bon - Pas d'élytrocèle	Bon
6	1953 hysteropexie seulement	Nov.1956	excellent	excellent - transformé par l'intervention - n'a plus de dysparennie
8	Sept.1955	Mars 56	Uterus bien fixé	Bon
12	Nov. 1955	Mars 56	Bon	Bon bien que vie fatigante
13	Déc. 1954	1956	Médiocre - la R.V. s'est reproduite	Asthénie
14	1956	Fév.1958	excellent	Bon
17	1952	1956	excellent	Excellent
18	Fév. 1955	Mai 1956	utérus en bonne position	Nervosité très diminuée
20	1951	1957	Bon	excellent
22	Mars 55	Mai 56	excellent	Bon
29	Fev. 55	Oct.56	récidive - On envisage Douglossectomie	
34	Avr.55	Nov.56	excellent	Bon
35	Jan.56	Dec.57	excellent	excellent
36	1954	Fev.59	utérus en bonne posit.	Assez bon, mais hyperfolliculine
38	1956	Sept.58	excellent	excellent
39	Juin 52	Oct. 58	excellent	bon
40	Sept.55	Fev. 59	utérus en bonne posit.	bon
42	Jan.53	Nov. 53	parfait	excellent, a grossi de 10k.
43	Juil.55	Fév. 57	utérus bien fixé mais cystocèle	bon
47	Nov. 55	Juil.58	utérus très bien fixé	bon - a grossi
44	1955	1957	impeccable	excellent
26	Avr. 47	Sept.56	utérus toujours bien fixé	bon
50	Mai 56	Mai 57	parfait	excellent
51	Mai 56	Mai 57	très bon état	excellent

pas pénétrer dans la musculeuse du rectum . L'apparition d'un suintement hémorragique indique que l'on se trouve trop près de cette musculeuse.

- La dissection est achevée, le fond du pelvis apparaît entièrement libéré. Dans l'ensemble, cela saigne peu. Il existe toujours un petit suintement sanguin qui s'arrête spontanément.

- La suture commence en rapprochant la face antérieure du rectum de la face postérieure de l'isthme utérin par 2 points séparés, de fil non résorbable : on poursuit la suture des 2 feuillets péritonéaux d'arrière en avant, par points séparés avec du matériel non résorbable, en "X" ou en "U".

Cette suture doit être minutieuse. On constitue ainsi le plan de soutien ultérieur des organes pelviens. En raison de la profondeur du cul-de-sac de Douglas, l'étoffe péritonéale reste, après la ressection du lambeau, très insuffisante pour permettre une suture sans tension excessive.

La suture terminée du côté droit se fait ensuite du côté gauche. On sectionne les fils.

La position définitive des organes et des annexes apparaît maintenant, les organes sont en bonne position, dans une suspension élastique, en attitude physiologique.

Nous n'avons pas, pour cette dernière intervention, la même expérience obstétricale, mais les résultats immédiats de la correction de la R.D. utérine sont aussi nets et spectaculaires.

Ces types d'intervention s'appliquent aux femmes présentant des algies pelviennes spontanées ou provoquées, et dans lesquelles les lésions essentielles sont la R.D. utérine et le prolapsus des annexes.

Nous avons pu cependant établir une statistique sur un certain nombre de cas.

Vingt-deux femmes jeunes - moins de 40 ans - ont été opérées par nous, de Mars 1956 à Septembre 1958 Toutes ont été revues. Une seule a accouché depuis la Douglassectomie. Le résultat a été excellent : maintien parfait de la bonne position utérine après l'accouchement. Cette femme est, d'ailleurs, une nouvelle fois enceinte (Février 1959 : grossesse de 3 mois).

Sur les 21 autres femmes, deux souffrent de la même façon qu'avant l'intervention ; la première a des troubles psychiques manifestes, chez l'une et l'autre l'examen clinique montre un utérus en excellente position. Les douleurs ne sont donc pas imputables à une récidive. Chez la 3ème, c'est un échec; la malade, après une accalmie de quelques mois après l'intervention, a recommencé à souffrir ; à l'examen, l'utérus est retenu en arrière. Toutes les autres sont enchantées : elles ne souffrent plus et ont repris du poids.

Nous comptons naturellement poursuivre cette expérience et voir si les évènements ultérieurs confirmeront notre première impression, en particulier, si l'apparition d'une ou de plusieurs grossesses donnera les mêmes résultats satisfaisants que dans la première intervention.

Les premiers résultats sont résumés dans les tableaux ci-après :

N° dossier	Troubles avant [illegible]	Date de la Dougl.	Nombre de F. C.	Nombre d' accouc.	Nombre de César.	Date dernier examen	Etat du dernier examen	
							local	général
3669 G	dysparennie pertes jaunes. Fatigue. Amaigrissement	2.8.58				Sept.58	excellent	ne souffre plus
3767 G	douleurs inguinales dysparennie nervosité	7.8.58						
4007 G	dysménorrhée dysparennie	14.10.58				Fév.59	excellent	mais dysménorrhée et dysparennie existent tou - jours
3536 G	stérilité primaire	Nov.58				Juin 59	échec utérus retombé en arrière	souffre à nouveau
4059 G	douleurs lombaires dysparennie	1.12.58				Mai 59	bon résultat	ne souffre plus
4293 G	douleurs aux secousses fatigue	13.1.59				Juin 59	excellent	bon
4327 G	douleurs lombaires	3.2.59				Fin Mars 59	excellent	excellent
4375 G	douleurs aux secousses	27.2.59				Juin 59	excellent	bon
437[illegible] G	dysparennie douleurs aux secousses	28.4.59 On constate un Synd. d' ALLEN & MASTERS				Juin 59	examen gynécolog. très actif.	ne souffre plus
BER..	pesant. douleur - secousses dysparennie. 7 GR	29.5.58				Avr.59	excellent résultat	ne souffre plus
ZIU.	4 grossesses ant. dysparennie. douleurs aux secousses	19.9.58				Nov.58	excellent	excellent

N° des Obs.	Troubles avant l'interv.	Date de la Dougl.	Nombre de F.C.	Nombre d'accouc.	Nombre de César.	Date dernier examen	Etat au dernier examen	
							local	général
1915 G	Asthénie Douleurs pelvien.	7.3.56				Oct.58	excellent	bon
1886 G	dysperennie - dysménorrhée douleurs	18.5.56				Déc.56	excellent	ne souffre plus excellent état a grossi
2478 G	douleurs aux secousses dysperennie amaigrissement	25.2.57		1		Fev.59	excellent est de nouveau enceinte de trois mois	excellent
2888 G	douleurs lombaires dysperennie	26.4.57				Août 59	utérus en bonne position	souffre encore mais troubles psychiques manifestes
2763 G	dysperennie - douleurs aux secousses Amaigriss.	17.7.57				Juil. 58	Corps en bonne position grossesse de 6 sem.	Bon a repris 2 k.
3134 G	dysperennie - douleurs aux secousses amaigriss.	28.9.57				Nov. 58	utérus en bonne position	Bon
3144 G	douleurs	18;10.57				Juil. 58	excellent	excellent
3145 G	douleurs aux se - cousses, à la fatigue	21.11.57				Mai 58	excellent	a grossi de 6 k.
3278 G	douleurs pelvien. dysperen.	10.12.57				Mai 58	bon	ne souffre plus a grossi
3429 G	douleurs pelvien. aux se- cousses	31.3.58				Mai 58	corps antéfléchi	excellent
3718 G	douleurs lombaires amaigrissement	2?.5.58				Mars 59	Bon	Bon

FIG. N° 1.

Coupe sagitale médiane du pelvis
montrant l'ampleur de la résection péritonéale
à réaliser

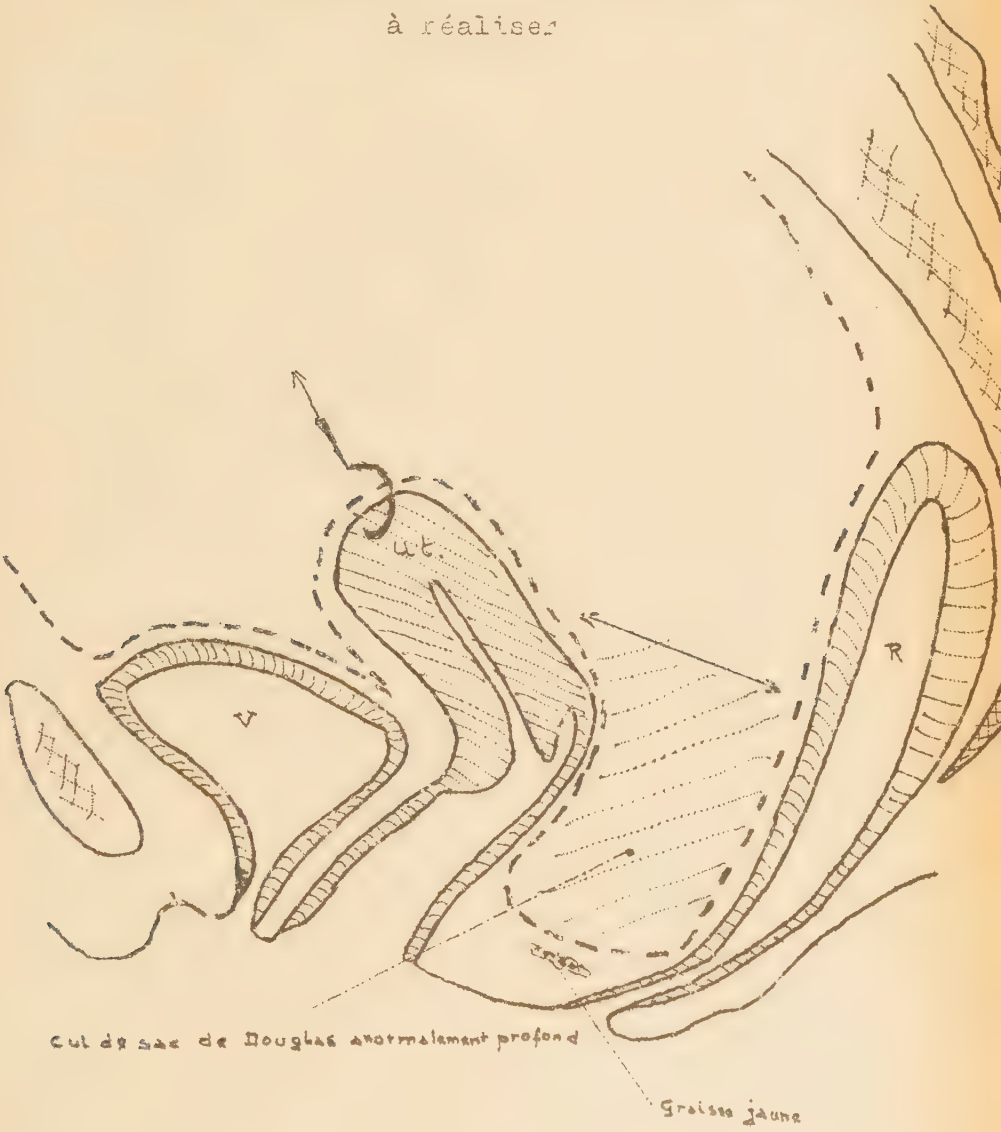


FIG. N° 2

Pelvis en position opératoire

- En pointillé, tracé de l'incision du péritoine pelvien

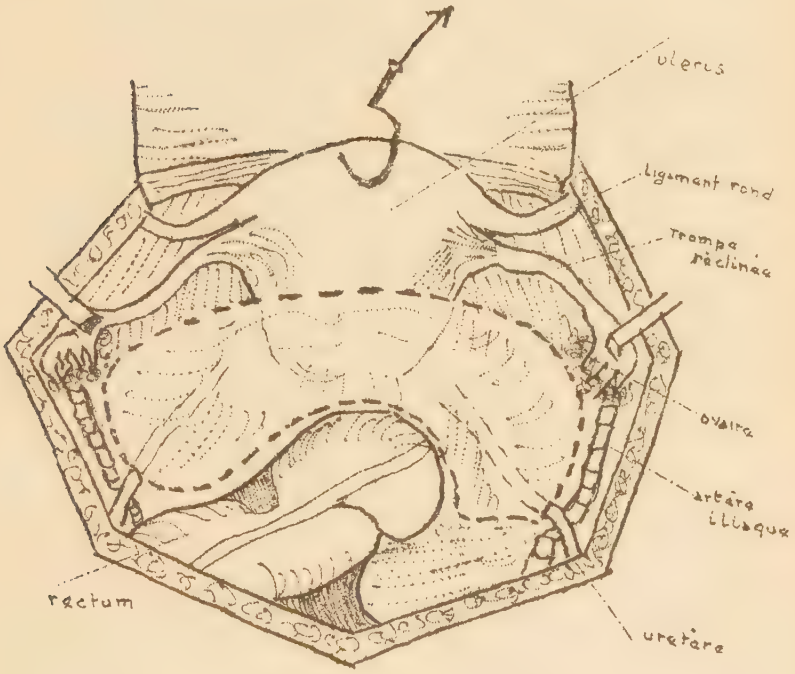
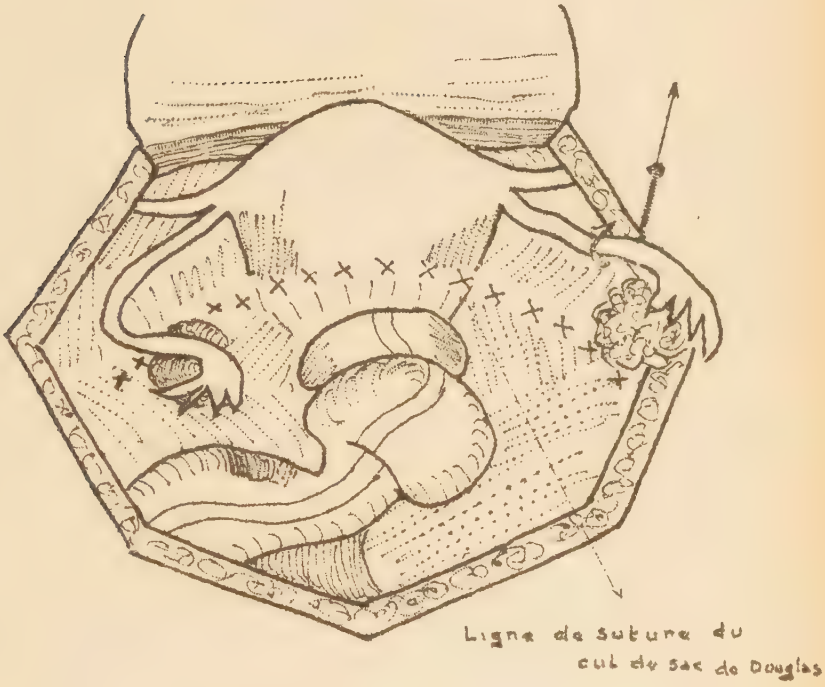


FIG. N° 3

Aspect terminal de l'intervention



C O N C L U S I O N S

La rétroversion utérine douloureuse de la femme jeune, en période d'activité génitale, a retenu notre attention et pose des problèmes particuliers. Elle est, le plus souvent, consécutive à une ou plusieurs grossesses ; elle entraîne des troubles variés, mais, en général, toujours comparables, parmi lesquels certains, tels que la dysperennie, l'amaigrissement, les douleurs et les troubles psychiques, ont des conséquences importantes dans le domaine individuel et conjugal.

Ce problème nous a semblé mériter une thérapeutique appropriée et chirurgicale, d'autant que d'autres maternités peuvent survenir.

L'intervention doit viser à corriger la mauvaise position utérine, à supprimer le syndrome clinique, à permettre l'évolution normale des maternités successives ; enfin, à éviter la reproduction de la R.D., même après un ou plusieurs accouchements.

Bien souvent, de telles malades sont considérées comme des nerveuses et des psychiques, mais la correction chirurgicale nous a donné avec régularité une telle amélioration dans les cas bien choisis que le facteur organique nous a paru prédominant. Notre statistique de 100 femmes concerne une intervention mixte, associant l'isthmopexie à l'intervention de DARTIGUES, avec quelques modifications personnelles. Des objections pouvant être faites à ce genre d'intervention, nous apportons nos premiers résultats concernant une deuxième intervention : la DOUGLASSECTOMIE, plus physiologique, qui comporte le même soulagement des phénomènes douloureux.

Nous n'avons pas la même expérience obstétricale pour la deuxième intervention que pour la première, mais dans la grossesse que nous avons suivie après Douglassectomie, il n'y a eu aucun incident obstétrical, ni récidive de la mauvaise position de l'utérus.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS :

J. S A R R A I L H

Le Doyen de la Faculté
de Médecine de PARIS :

L. B I N E T

Le Président de la Thèse :

R. M E R G E R

BIBLIOGRAPHIE

ASER O.

L'étiologie des avortements habituels répétés
Gynaecologia. Juil. 1957. 144, n° 1, 7-11, 2 tabl.

BLUM E., GANDAR R. et GRENIER J.

Complications vésicales de la rétroflexion de l'utérus gravide.
Bull. Féd. Soc. Obstr. av-mai 1956 ; 8, n° 2 ; 229-231.

BRADY L.

Une complication rare consécutive à une suspension de l'utérus, par la méthode de BALDY-WEBSTER.
Am. Journ. Obst. Gyn. av. 1952, 63; n° 4 922-924, 1 fig.

BRETECHE J.

Rétro-déviations utérines et stérilité.
Gyn. Obst. 1951, 3, n° 4 692-693.

BROCHIER et MAGNIN

Les suites obstétricales d'une fixation utérine au moyen du péritoine vésical.
Gyn. obst. 1948, 47, n° 6 bis, 1137-1139.

BROCHIER A. et CHARVET F.

Avortement habituel avec troubles endocriniens sévères. Echec répété du traitement hormonal. Fixation ligamentaire d'un utérus en attitude intermédiaire. Guérison.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. av-mai 1957, 9, n° 2,161-163

BURGER P.

Troubles dyscinésiques pendant l'accouchement consécutifs à la ligamentopexie de l'utérus.
Gyn. Obst. 1949, 48, n° 3, 294-298.

BURGER F.

Troubles dyscinésiques au cours de l'accouchement consécutifs à une [illegible] ligamentopexie.
Gyn. Obst. 1948, 47, n° 6, 968-969.

DAVEO J.P.
Suite à une observation de dystocie grave après "Doléris"
Gyn. Obst. 1944-1945, 44, n° 12, 489-491.

DESJACQUES et REVOL
Grossesse tubaire après ligamentopexie
Lyon chirurg. 1946, n° 3. 360.

HALBRECHT I.
Le rôle des modifications anatomiques de la cavité utérine dans la pathogénie de l'avortement habituel.
Gynecologie, Janv. 1951, 131, n° 1, 1-9 (Bibliog.)

HEIDLER H.
La rétrocersoflexion de l'utérus est-elle une maladie ?
Wien Clin. Wschr. 17 Janv. 1947, 59, n° 2, 24-27 (Bibliog.)

LAFFONT A. et FULCONIS A.
Hystéropexie et grossesse.
Bull. Ass. Gyn. Obst. langue franç. 1950, 2, n° 4, 437-438.

LANVIN M. et TREVOUX R.
Examens cyto-hormonaux dans les rétroversions
Gyn. OBst. (suppl.) 1952, 4, n° 3 bis, 618.

LANVIN M.
Aspects cyto-hormonaux des rétroversions utérines
Rev. Prat. 21 Juil. 1952, 2, n° 21, 1383-1385.

LOUROS N.C.
Les facteurs hépato-biliaires dans la pathogénie des troubles endocriniens consécutifs aux rétrodéviations utérines.
Gyn. prat. 1951, 2, n° 4, 481.

LOUROS N.C. et KAIRIS N.M.
Les troubles de la fonction ovarienne de l'hépato-cholécystopathie associés à une rétroversion de l'utérus .
Brit. Med. J. 5 Juil. 1952, n° 4774, 20-22 (Bibliog.)

LUQUE F.
Quelques réfloxions sur les rétrodéviations, comme causes de stérilité.
Gyn. Prat. 1951, 2, n° 3, 379-387.

MAGENDIE J., MAGIMEL J. et COUBES
Rétroversion utérine et troubles hormonaux.
Bull. Péd. Soc. Gyn. Obst., nov-déc. 1957, 9, n° 5, 564.

MAHON et CHASTRUSSE
A propos des dystocies consécutives aux ligamentopexies
Gyn. Obst. 1948, 47, n° 2, 237-238.

MITCHENER J.S. Jr.
Une complication obstétricale rare, consécutive à une suspension utérine de Gilliam.
Am. J. Obst. Gyn. Nov. 1956, 72, n° 5, 1127-1128.

OIZEROVICI M.
Le rôle des rétro-déviations utérines dans la stérilité.
Franç. Gyn. Obst. Nov-déc. 1950, 45, n° 6, 314-318.

PONTONNIER et LATCHE
Rétroversion partielle de l'utérus gravide.
Gyn. Obst. 1944-1945 - 44, n° 10, 395-396.

ROMAN V.
Valeur du procédé de BALDY-DARTIGUES dans le traitement de la rétroversion utérine (à propos de 3 récidives)
Lyon chirurg. mai-juin 1945, 40, n° 3, 384-385.

ROBERT H.C.
Les rétroversions utérines
Concours méd. 26 av. 1952, 74, n° 17, 1587-1592.

ROUHIER G.
Les déviations utérines
Sem. Hop. Paris 19 Oct. 1952, 28, n° 77, 3104-3117, 9 fig.

SERMENT H. et CHAUVIN F.
Rétroversion utérine congénitale avec troubles urinaires
Gyn. Obst. 1952, 4, n° 4, 751.

TOUSSAIN M.E.R.
L'ovaire et l'état hormonal dans les rétro-déviations de l'utérus
Thèse Paris, 12 Janv. 1949, n° 28, 63 pages.

TRIANTAFILLIPOULOS B.

Les tests biologiques du syndrome hépato-génital consécutif à la rétro-déviation de l'utérus.

C.R. Soc. Franç. Gyn. déc. 1951, 21, n° 9, 406-409 (Bibliog.)

TRILLAT, MAGNIN et DUMONT

Deux observations de dystocies graves consécutives à des fixations chirurgicales de l'utérus.

Gyn. Obst. 1944-1945, 44, n° 10, 358-360, Discussion.

TUSCHER H.

Des troubles psycho-sexuels peuvent-ils servir d'indication à une intervention pour rétroflexion utérine ?

Deutsche Med. Wschr. 17, sept. 1948, 73, n° 35/36, 397-399.